



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA - UNB

FACULDADE DE CEILÂNDIA

**Gastos Hospitalares com Hipertensão Arterial e suas
complicações no Sistema Único de Saúde: um estudo em
dois hospitais públicos do Distrito Federal no período de
2012 a 2015.**

Acadêmica: Maiza Misquita

Orientadora: Prof.(a) Carla Pintas Marques

BRASÍLIA

2016

MAIZA MISQUITA

Gastos Hospitalares com Hipertensão Arterial e suas complicações no Sistema Único de Saúde: um estudo em dois hospitais públicos do Distrito Federal no período de 2012 a 2015.

Monografia apresentada como requisito para obtenção do título de Bacharel em Saúde Coletiva na graduação em Saúde Coletiva, na Universidade de Brasília, Campus Ceilândia.

Orientador: Prof.(a) Carla Pintas Marques

Brasília

2016

Maiza Misquita

Gastos Hospitalares com Hipertensão Arterial e suas complicações no Sistema Único de Saúde: um estudo em dois hospitais públicos do Distrito Federal no período de 2012 a 2015.

Data da defesa: 12/12/2016

Resultado: Aprovada

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Ms. Carla Pintas Marques

Faculdade de Ceilândia – Universidade de Brasília
Orientadora

Prof^a. Dra. Fabiana Raynal Floriano

Faculdade de Ceilândia – Universidade de Brasília
Avaliador

Prof. Dr. Wildo Navegantes de Araújo

Faculdade de Ceilândia – Universidade de Brasília
Avaliador

Brasília - DF

2016

Dedico esse trabalho à pessoa que conviveu comigo por 26 anos me ensinando a amar. Paulo, *"in memoriam"*, foi a óbito por essa morbidade silenciosa.

Agradecimentos

A Deus e às forças maiores da espiritualidade, por eu ser feliz nesta trajetória da vida. À minha querida mãe, pelo exemplo, pelo amor incondicional, pela confiança e apoio permanentes. Te amo muito. Ao amor da minha vida, Paulo, que esteve presente em toda trajetória da minha vida e me deu os melhores presentes da vida, meus filhos. Infelizmente não pôde compartilhar dessa vitória, não em presença física, mas tenho certeza que espiritualmente está ao meu lado. Aos meus amados filhos, Cinthya e Paulo Henrique, pela felicidade que me proporcionam. À minha linda netinha Yasmim, que veio iluminar minha vida no momento mais triste que passei. Obrigada por existirem em minha vida. Aos meus irmãos(a) e cunhados(a) pela força e apoio; à minha alma gêmea Mariza por sempre estar ao meu lado. Às minhas sobrinhas Layssa, Pryscilla, Dany, Carol, Taty que sempre me deram forças nos momentos mais difíceis me fazendo sorrir... Aos professores que passaram por minha graduação na qual pude aprender muito, conhecer novos horizontes a partir de seus ensinamentos. Alguns tocaram mais especialmente como Everton Nunes, Walter Ramalho, Wildo, Iturry, Olga e Priscila que, com suas aulas e meditação, ajudou-me muito a conviver com a perda. Agradeço à professora Clélia Parreira pelo apoio na hora mais difícil onde pensei em desistir e ela mostrou que eu tinha força e garra para continuar. À Carla Pintas, minha orientadora, pela paciência e amizade. Às minhas professoras da ETC que sempre mantiveram a amizade e me apoiaram, Lucy Cardoso, Rosilene Maia que foi um anjo ouvindo minha dor, aconselhando-me e orando por mim, não tenho nem palavras para agradecer seu carinho. À minha amiga Paula Martenze que me deu apoio incondicional não esquecendo nossa amizade, e Aline Lucena, Minha amiga Joelma uma enfermeira espetacular que me ajudou e me apoio muito. Aos meus companheiros de luta na UNB, aos que passaram por mim, muito obrigada. Aos que permaneceram e continuam no meu caminho, muito obrigada pelas viagens inesquecíveis e risadas incontroláveis, que quase nos faziam ser expulsos das aulas. Tenho medo de esquecer alguém não

quero ser injusta, mas neste momento de mente cansada pode ocorrer. Aos que me adotaram como mãe, Douglas, Rodrigo, Emily, Milena – minha companheira –, Thayna, Leonardo – que sempre me socorreu e que enchi muito a paciência –, Danylo – o garoto prodígio –, Rafaela, Walter Pamplona, Rayane Silva – uma pessoa que exala luz e sempre está disposta a ajudar –, muito obrigada. Não esquecendo da Mariane; Daniela Ketlyn um exemplo de luta, nunca desistiu e acompanhada de nossa mascote Maria Eduarda, também formanda; Fernando que foi meu companheiro e amigo no estágio dois e me ensinou muito; Dayane Ferreira sempre com uma palavra de incentivo; Petruska; Patrícia Cirqueira; Naifa; aos novatos que me acolheram com o mesmo carinho; Karen Milhomem que tem um coração gigante e ouviu meus choros na madrugada, obrigada pelo carinho; Odete; Crislaine; Nathalia; Cintia; Debora; Jessica Maldi; Junior Carnevalle; e a mamãe do ano, Lina Karla. Por fim, Camila Pereira, sofremos juntas nessa etapa. Perdoem-me, pois sei que há muita gente fora dessa lista, não esqueci ninguém, mas seriam ainda duas páginas escrevendo, portanto, todos com quem convivi são importantes para mim. Só tenho a agradecer.

A saudade de você é visita
frequente...
Como é que tá aí?
De você faz tempo que não ouço
nada
Fala um pouco sua voz tá tão
calada
Sei que agora deve estar
impressionando os anjos com sua
risada.....
Fala alto aí de cima que eu
preciso ouvir
Como é que tá aí?

(Letra: Gustavo Miotto)

Resumo

Introdução: Hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição crônica multifatorial que gera alto custo financeiro e social, sendo fator de risco para várias comorbidades, gerando elevadas taxas de internações e óbitos tanto no Brasil quanto no mundo. Acomete hoje mais de um bilhão de pessoas e é a maior causa de infarto agudo do miocárdio, de acidente vascular cerebral e de doença renal crônica. Estima-se que a HAS é causa de morte de nove milhões de pessoas anualmente. O custo anual estimado para o tratamento da HAS no sistema público de saúde foi de US\$398,9 milhões e representou 1,43% dos gastos totais do SUS em 2005. **Objetivo:** Descrever os gastos hospitalares das internações por Hipertensão Arterial Sistêmica e suas complicações no Hospital de Base do Distrito Federal (HBDF) e no Hospital Regional de Ceilândia (HRC), no período de 2012 a 2015. Quantificar as internações, verificar valor médio da autorização de internação hospitalar (AIH), média de permanência das internações e o número de óbitos. **Metodologia:** Estudo descritivo de abordagem quantitativa longitudinal, utilizando dados secundários, obtidos na base de dados do Datasus /MS. **Resultados:** Foram registradas 897 internações por HAS, sendo que 54 ocorreram no HBDF e 843 internações no HRC, por complicações foram 2.341 e dessas internações 733 no HBDF e 1608 no HRC. O valor médio da AIH por HAS é de R\$791,97 no período estudado deste o HRC gastou em média por internação R\$ 255,55 e HBDF gastou em média R\$536,41 por internação. Já a média da AIH por complicações HAS no período estudado foi de R\$1.985,64, o HBDF representa um valor três vezes maior que no HRC. A média de permanência hospitalar oscilou, mas o HRC média de permanência por internações por complicações da HAS é maior. **Conclusão:** Observou-se que no HRC ocorreu elevada taxa de internação, tempo de permanência e de óbitos comparado ao HBDF. Porém constatou-se que os gastos com internações no HBDF foram superiores ao do HRC. Recomenda-se novos estudos para verificar essa discrepância de valores e a elevada taxa de internação no HRC. A HAS é um problema de saúde pública, e o sanitarista pode auxiliar na criação de estratégias eficazes na atenção básica, a fim de possibilitar uma melhor qualidade de vida e diminuir as hospitalizações evitáveis e os consequentes gastos.

Palavras-chave: Acidente Vascular Cerebral; Avaliação Econômica Parcial; Hipertensão; Sistema Único de Saúde.

Abstract

Introduction: Systemic arterial hypertension (SH) is a multifactorial chronic condition that generates a high financial and social cost, being a risk factor for several comorbidities, generating high rates of hospitalizations and deaths both in Brazil and worldwide. It affects more than one billion people today and is the major cause of acute myocardial infarction, stroke and chronic kidney disease. It is estimated that hypertension is a cause of death of nine million people annually. The estimated annual cost for the treatment of hypertension in the public health system was US \$ 398.9 million and represented 1.43% of total SUS expenditure in 2005. **Objective:** To describe the hospital costs of hospitalizations for systemic arterial hypertension and its complications (HBDF) and the Regional Hospital of Ceilândia (HRC), in the period from 2012 to 2015. To quantify the hospitalizations, to verify the average value of the hospital admission authorization (HIA), the average length of stay and the Number of deaths. **Methodology:** Descriptive study of a longitudinal quantitative approach, using secondary data, obtained from Datasus / MS database. **Results:** 897 hospitalizations were recorded for HAS, 54 of which occurred in the HBDF and 843 hospitalizations in the HRC, with complications being 2.341 and of these hospitalizations 733 in the HBDF and 1608 in the HRC. The average value of AIH per HAS is R\$ 791.97 in the period studied, HRC spent an average of R\$ 255.55 in hospitalization and HBDF spent an average of R\$ 536.41 per hospitalization. The mean AIH for HBDF complications in the period studied was R\$ 1,985.64, HBDF representing a value three times higher than HRC. The mean hospital stay oscillated, but the mean HRC for hospitalization for complications of HAS is higher. **Conclusion:** It was observed that HRC had a high rate of hospitalization, length of stay and death compared to HBDF. However, it was found that hospitalization expenses in the HBDF were higher than in the HRC. Further studies are recommended to verify this discrepancy in values and the high rate of hospitalization in the HRC. HE is a public health problem and the health worker can assist in the creation of effective primary care strategies in order to improve the quality of life and reduce avoidable hospitalizations and consequent costs.

Key words: Cerebral Vascular Accident; Partial Economic Evaluation; Hypertension; Health Unic System.

Lista de Tabela

Tabela 1. Quantidade, Valor Total (R\$) e Valor Médio (R\$) da AIH referente as internações por HAS no HBDF e no HRC, no período de 2012 a 2015.....	27
Tabela 2. Quantidade, Valor Total (R\$) e Valor Médio (R\$) da AIH referente às internações por Complicações de HAS no HBDF e no HRC, no período de 2012 a 2015.....	28
Tabela 3. Média de Permanência das internações e Média de Permanência das Complicações da HAS no HBDF e HRC, no período de 2012 a 2015.....	30
Tabela 4. Quantidade Total de Óbitos e Taxa de Letalidade das internações por HAS no HBDF e no HRC, período de 2012 a 2015.....	31
Tabela 5. Quantidade Total de Óbitos e Taxa de Letalidade das internações por Complicações de HAS no HBDF e no HRC, no período de 2012 a 2015.....	33
Tabela 6. Óbitos por HAS e complicações da HAS, por faixa etária, no Distrito Federal, período de 2012 a 2015.....	35

LISTA DE SIGLAS

AIH	Autorização de internação hospitalar
APS	Atenção Primária em Saúde
AVC	Acidente Vascular Cerebral
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CID 10	Classificação Internacional de Doenças de 2010
Codeplan	Companhia de Planejamento do Distrito Federal
DIC	Doenças isquêmicas do coração
Datusus	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DF	Distrito Federal
DM	Diabetes Mellitus
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HÁ	Hipertensão Arterial
HBDF	Hospital de Base do Distrito Federal
HRC	Hospital Regional de Ceilândia
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNAD	Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios
RA	Região Administrativa
RAS	Rede de Atenção em Saúde
SBC	Sociedade Brasileira de Cardiologia
SBH	Sociedade Brasileira de Hipertensão
SBN	Sociedade Brasileira de Nefrologia
SIH	Sistema de Informações Hospitalares
SIS	Sistemas de Informação em Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1-Introdução.....	13
2- Justificativa.....	16
3- Objetivos.....	17
3.1. Objetivo geral.....	17
3.2.Objetivos Específicos.....	17
4- Referencial Teórico.....	18
4.1- Hipertensão Arterial Sistêmica.....	18
4.2- Custos com Internação no Brasil.....	19
4.3- O Sistema de Informação Hospitalar (SIH-SUS.....	21
5- Metodologia.....	23
5.1- Amostra.....	23
5.2- Critérios de inclusão e exclusão.....	23
5.3- Coleta de dados.....	24
5.4-Análise dos dados.....	26
5.5- Aspectos Éticos da Pesquisa.....	26
6-Resultados e Discussão.....	27
7- Considerações Finais.....	37
8- Referências Bibliográfica.....	40

1. INTRODUÇÃO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma condição crônica, inicialmente assintomática, altamente prevalente, de alto custo social e de grande impacto no perfil de morbimortalidade da população brasileira, por ser uma doença silenciosa, vem trazendo um desafio para o sistema público de saúde (BRASIL, 2007).

A HAS tem sido o principal fator de risco para doenças cardiovasculares no mundo, aponta a Sociedade Brasileira de Hipertensão (SBH, 2014). A HAS acomete hoje mais de um bilhão de pessoas e é maior causa de infarto agudo do miocárdio, de acidente cerebral encefálico e de doença renal crônica. Estima-se que a HAS é responsável morte de nove milhões de pessoas anualmente, mesmo com esses dados a população ainda demora perceber a gravidade da HAS (REVISTA SBH, 2014).

No Brasil, o Diabetes Mellitus (DM) e a Hipertensão Arterial (HA) constituem a primeira causa de hospitalizações no sistema público de saúde (BRASIL, 2010).

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é um problema grave de saúde pública no Brasil e no mundo. Ela é um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais, sendo responsável por pelo menos 40% das mortes por acidente vascular cerebral, por 25% das mortes por doença arterial coronariana e, em combinação com o diabetes, 50% dos casos de insuficiência renal terminal. A prevalência na população urbana adulta brasileira varia de 22,3% a 43,9%, dependendo da cidade onde o estudo foi conduzido. A principal relevância da identificação e controle da HAS reside na redução das suas complicações, tais como: • Doença cérebro-vascular • Doença arterial coronariana • Insuficiência cardíaca • Doença renal crônica • Doença arterial periférica.

No mundo, a hipertensão é hoje o primeiro fator de risco de mortalidade (BRASIL, 2010). Pensando nisto, em 2002 foi desenvolvido o programa Hiperdia foi criado pelo MS para tratamento e acompanhamento da Hipertensão e do Diabetes Mellitus.

O Hiperdia tem como objetivos, orientar os gestores públicos, gerar informações para a aquisição, dispensação e distribuição de medicamentos de forma regular e sistemática a todos os pacientes e conhecer o perfil epidemiológico

da hipertensão arterial e do diabetes mellitus na população, o Hiperdia é um sistema de informação em saúde que se destina ao cadastramento e acompanhamento de portadores de HAS e/ou DM atendidos na rede ambulatorial do Sistema Único de Saúde (SUS). Desde 2012 o Sistema Hiperdia foi substituído pela Estratégia e-SUS AB (REMIGIO, 2012).

Muitos fatores de risco para HAS são modificáveis, o que torna a hipertensão evitável, dentre eles a questão alimentar as condições de vida, controle da obesidade e exercícios físicos podem atenuar grandes complicações e diminuir seu impacto social (LESSA, 2006). Portanto, a avaliação dos programas destinados ao tratamento e controle da hipertensão tem que ser prioridade para que haja uma eficiência em suas ações.

O Brasil tem um elevado custo social com a hipertensão não controlada, mas pior que a não adesão é a descontinuidade do tratamento (LESSA, 2006). Alguns fatores como o não fornecimento das medicações nos serviços de Atenção Primária em Saúde (APS), a falta de recursos humanos, baixa qualidade desse atendimento, e a abordagem do profissional de saúde também pode interferir na qualidade e continuidade desse tratamento (LESSA, 2006).

A HAS é de fácil diagnóstico e se tratada, o paciente tem grandes chances de viver com tranquilidade. Somente a medicação não controla os índices pressóricos, há necessidade de mudanças no cotidiano do paciente incluindo hábitos alimentares e exercícios físicos, entretanto a realidade em que estamos inseridos é que a alimentação adequada e a prática de exercícios não fazem parte de uma rotina do brasileiro, não da sua maioria. O que se percebe é que a falta de medicamentos e de profissionais para os atendimentos na rede básica de saúde fazem com que muitos pacientes abandonem o tratamento (SOUZA *et al*, 2014).

No entanto, a Sociedade Brasileira de Hipertensão estima que apenas 23% dos hipertensos controlam corretamente a doença, 36% não fazem controle algum e 41% abandonam o tratamento, após melhora inicial da pressão arterial. O abandono ao tratamento pode acarretar complicações e levar o indivíduo a uma internação ou até mesmo ao óbito.

É de extrema importância analisar os custos das internações no Brasil que apresentam a HAS como causa básica. Laurenti (2004) conceitua que a causa básica se apresenta por dois tipos: causas condicionantes e causas intervenientes, sendo que:

Causas Condicionantes: São aquelas que realmente iniciam a cadeia de eventos que levam a morte (são as verdadeiras causas básicas!), porém, pelas regras internacionais de codificação da causa básica, elas não são codificadas como tal. O exemplo mais conhecido é o da hipertensão arterial (a verdadeira causa básica) que pode levar a um acidente vascular cerebral e ao coma (causas intervenientes); nesse caso, pela aplicação das regras, dá-se preferência ao acidente vascular cerebral como causa básica da morte. Ainda que não sejam as causas selecionadas para as estatísticas, é importante que sejam conhecidas, pois sobre elas é que se deve fazer a prevenção primária da morte (LAURENTI 2004).

O mesmo autor apresenta sua conceituação referente às causas intervenientes, tal qual: coloca-se em primeiro lugar, para fins de estatísticas, as causas intervenientes, que são as complicações ou as consequências da causa básica. Acredita-se que codificando a causa básica, no caso da hipertensão, haveria maior visibilidade ao problema em relatórios estatísticos, o que colocaria a importância da prevenção na diminuição do número de internações, ocasionando uma redução de custos em saúde pública e consequentemente redução no número de doenças cardiovasculares que apresentam a hipertensão como fator de risco e causa (LAURENTI, 2004). Mesmo 12 anos após esse estudo a situação em relação à codificação continua a mesma, não houve grandes alterações.

2. JUSTIFICATIVA

O presente trabalho se justifica pelos alarmantes números de pessoas diagnosticadas por HAS, doença essa que gera alto custo tanto financeiro quanto social, sendo fator de risco para várias comorbidades gerando elevadas taxas de internações e óbitos tanto no Brasil quanto no mundo, informações essas apontadas em estudos, dissertação, teses de doutorado, pela Sociedade Brasileira de Hipertensão e por dados do próprio MS.

O impacto da HAS, já foi alvo de vários estudos dentre eles o de Lessa (2006) que afirmou: “o impacto da hipertensão arterial descontrolada é determinado pelo acidente vascular cerebral (AVC), doenças isquêmicas do coração (DIC), insuficiência cardíaca, insuficiência renal e isquemia vascular periférica”. Tal estudo ainda retrata a associação da HAS com outras comorbidades que acarretam ônus ao sistema.

A HA é responsável por elevado ônus social e econômico ao setor saúde, repercutindo sobre a seguridade social e sobre a população. A carga econômica dessas doenças produz elevados custos para os sistemas de saúde e da previdência social devido à mortalidade e invalidez precoces, e, sobretudo para a sociedade, famílias e as pessoas portadoras dessa enfermidade. (LESSA,2006).

Dados da pesquisa de risco global da hipertensão estima que em 2025 haja 1,6 bilhão de pacientes no mundo. A hipertensão arterial é responsável por 10% de todo o custo global de saúde, com um gasto estimado em US\$ 370 bilhões de dólares por ano (SBH, 2016).

Devido a esses fatores que afetam direta e indiretamente os gastos e custo em saúde, faz-se necessário um estudo para verificar esses gastos em relação a Internações por HAS em dois hospitais da rede pública hospitalar do Distrito Federal (DF).

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Verificar os gastos hospitalares das internações por Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e suas complicações no Hospital de Base do Distrito Federal (HBDF) e no Hospital Regional de Ceilândia (HRC), no período de 2012 a 2015.

3.2 Objetivos Específicos

- Quantificar as internações por HAS e suas complicações.
- Calcular valor médio da Autorização de Internação Hospitalar (AIH) por HAS e suas complicações.
- Descrever o tempo médio de permanência das internações por HAS e suas complicações.
- Verificar o número de óbitos hospitalares por HAS e suas complicações.

4. REFERENCIAL TEÓRICO

4.1 Hipertensão Arterial Sistêmica

A HAS é um grave problema de saúde pública e uma das doenças crônicas responsáveis por expressivas taxas de internação, custos elevados com a morbimortalidade associada à doença e comprometimento da qualidade de vida para os portadores (DALLACOSTA, 2010).

A VI edição das Diretrizes Brasileiras de Hipertensão do ano de 2010 apresenta a hipertensão como uma patologia com causas multifatoriais sendo descrita pelo elevado nível de pressão arterial. Como consequência produz alterações em diversos órgãos alvos: coração, rins, vasos sanguíneos e encéfalo, com isso, ocasionando uma maior predisposição aos eventos cardiovasculares. (SBC; SBH; SBN, 2010).

No XXIII Congresso Brasileiro de Hipertensão em agosto de 2015, organizado pela SBH, foi motivo de discussão o crescimento da incidência da Hipertensão Arterial (HA), esse crescimento ainda é uma realidade no mundo. Segundo o estudo Heart Disease and Stroke Statistics (Estatísticas sobre doenças cardíacas e infartos), da American Heart Association de 2015, que realizou uma pesquisa de uma década, no período 2001 a 2011, detectou que a taxa de morte por hipertensão em mais de 190 países pesquisados aumentou 13,2% (SBH, 2016).

Segundo essa pesquisa, o Brasil ocupa o sexto lugar entre os países com a mais alta taxa de mortalidade por doenças cardíacas, infartos e hipertensão arterial, entre homens e mulheres de 35 a 74 anos. Em primeiro está a Rússia com 1.639 (entre 100 mil habitantes); seguido da Ucrânia, com 1.521; Romênia em terceiro, com 969; Brasil, em sexto com 552; e em décimo os Estados Unidos, com 352 (SBH, 2016).

Segundo Dra. Frida Planik, mesmo com um decréscimo de 30,8% nas taxas de mortalidade por doença cardiovascular no período de 2001 a 2011, há uma tendência de crescimento da HAS o que gera uma preocupação, pois é sabido que a hipertensão é um fator de risco de morte (SBH, 2016).

Observa-se na literatura e nas diretrizes brasileiras de hipertensão que a elevação da pressão arterial se apresentou como causa de morte de aproximadamente 7,6 milhões de indivíduos no mundo no ano de 2001, com faixa etária entre 45 – 69 anos. No Brasil, as doenças cardiovasculares apresentam maior causa de mortalidade. No período de 1990 a 2006 a redução das taxas de mortalidade cardiovascular não mostrou uma progressão desejável, mas sim uma curva de progressão lenta, mantendo-se quase constante (BRASIL, 2007).

O estudo desenvolvido pela Heart Disease and Stroke Statistics, da American Heart Association, mostra ainda que a doença arterial coronariana é a principal causa de mortalidade em todo o mundo, com 17,3 milhões por ano. A perspectiva de mortalidade para 2030 é de 23,6 milhões e em segundo lugar vem o AVC neste ranking. Mesmo com a redução, estima-se que 33 milhões de pessoas terá o primeiro episódio de AVC ou recorrente até 2030 (SBH, 2016).

Esses números são alarmantes, pois se referem à população mundial. O Brasil tem uma participação significativa neste contexto e se não houver políticas e estratégias eficientes para o controle da HAS esse quadro não será modificado, podendo até se agravar.

4.2 Custos com Internação no Brasil

A HAS é uma condição crônica e um dos maiores fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares tais como: acidente vascular encefálico (AVE), doenças isquêmicas do coração (DIC), doença renal terminal e doenças do sistema circulatório (BRASIL, 2006).

As doenças cardiovasculares são responsáveis pela alta frequência de internações nos hospitais. No ano de 2009, segundo registros disponíveis no site do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (Datasus), houve no Brasil 91.970 internações por doenças cardiovasculares no SUS, equivalente ao gasto de 165.461.644,33 reais pelo governo federal do Brasil (SBC;SBH;SBN ,2010).

Para o MS as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) produzem um custo elevado, e possuem características próprias, conforme citação abaixo:

As doenças crônicas compõem o conjunto de condições crônicas. Em geral, estão relacionadas a causas múltiplas, são caracterizadas por início gradual, de prognóstico usualmente incerto, com longa ou indefinida duração. Apresentam curso clínico que muda ao longo do tempo, com possíveis períodos de agudização, podendo gerar incapacidades. Requerem intervenções com o uso de tecnologias leves, leve-duras e duras, associadas a mudanças de estilo de vida, em um processo de cuidado contínuo que nem sempre leva à cura (BRASIL, 2013).

Ainda sobre os dados da pesquisa de risco global da hipertensão, em 2025 haverá 1,6 bilhão de pacientes no mundo. A pressão alta é responsável por 10% de todo o custo global de saúde, com o gasto estimado em US\$ 370 bilhões de dólares por ano (MELO 2013).

Conforme aponta Hartmann (2010) a atualização dos programas e o planejamento das ações com uma gestão eficaz pode ser um fator positivo para a redução das complicações e internações por HAS.

O SUS não está preparado para o atendimento das condições crônicas, a mudança no perfil epidemiológico da população, na qual há ascensão das doenças crônicas. Tanto nas condições agudas quanto nas crônicas, devem ser aplicadas a mesma estrutura operacional das Redes Atenção à Saúde (MENDES 2011)

É de grande importância a implementação das Redes de Atenção à Saúde (RAS), que tem como papel primordial ofertar um serviço integral ao indivíduo essa rede se configura com a distribuição linear para um melhor acompanhamento, sendo:

Atenção Primária em Saúde (APS) é responsável pelo atendimento de prevenção, promoção da saúde, esse atendimento é caracterizado como primeiro contato, e é realizado nas Unidades Básicas, pela Saúde da Família, Estratégia da família.

Já os pontos de atenção secundária atende a média complexidade, ou seja as especialidades, e seu atendimento é realizado em hospitais de médio porte e terciária que presta serviços de alta complexidade.

Há uma grande necessidade de se fazer um atendimento que atenda as demandas e que seja de forma contínua para evitar agravamento , principalmente no caso das doenças crônicas (MENDES, 2011).

O fortalecimento da atenção primária à saúde (APS) ou Atenção básica em saúde (ABS), conforme denominação de cada autor, é um fator importante para se obter resultados positivos com relação ao acompanhamento da HAS para se evitar complicações e internações desnecessárias, além de oferecer meios de controle da pressão com atendimento de qualidade compreendendo os determinantes de cada localidade, podendo evitar hospitalizações e reduzindo gastos(MENDES, 2011)..

4.3 O Sistema de Informação Hospitalar (SIH-SUS)

Os Sistemas de Informação em Saúde (SIS) podem ser entendidos como instrumentos para adquirir, organizar e analisar dados necessários à definição de problemas e riscos para a saúde, auxiliando o gestor na tomada de decisão, a partir dos dados consolidados. Possuem o papel de avaliar a eficácia, eficiência e influência que os serviços prestados possam ter no estado de saúde da população, além de contribuir para a produção de conhecimento acerca da saúde e dos assuntos a ela ligados (WHITE, apud BRANCO, 1996).

O Sistema de Informação Hospitalar (SIH) é essencial para a área de saúde pública no Brasil por ser a ferramenta que registra todas as internações no âmbito do SUS. Apesar de sua origem estar atrelada ao objetivo de controle administrativo-financeiro, esse sistema é responsável pela informação de morbidade e mortalidade hospitalar tem importância relevante na área de análises epidemiológicas, sendo bastante utilizado para a produção de indicadores hospitalares do SUS (BRASIL, 2015).

O SIH/SUS é o maior sistema de informação hospitalar nacional, registrou 11,5 milhões de autorização de internação hospitalar (AIH) aprovadas no ano de

2013 (LUCENA, 2014). Apesar de sua função primordial de apresentação e processamento de AIH, é uma fonte importante do perfil epidemiológico, além da avaliação da prestação de Serviços na rede hospitalar. Suas informações são importantes para auxiliar na formulação e avaliação de políticas de saúde e na produção científica (SANTOS, 2009).

Portanto faz-se necessária uma alimentação constante e eficaz dos dados de forma que reflita a realidade para que possam ser utilizados e interpretados de maneira a auxiliar numa tomada de decisão mais ajustada, fomentando a criação de políticas efetivas.

5. METODOLOGIA

Trata-se de estudo descritivo de abordagem quantitativa e longitudinal. Diehl (2004) e Ramos; Ramos; e Busnello (2003), explanam de maneira clara o método realizado nesta pesquisa, definindo a pesquisa quantitativa como abordagem que se utiliza da quantificação, tanto na coleta quanto no tratamento das informações, por meio de técnicas estatísticas, objetivando resultados que evitem possíveis distorções de análise e interpretação, ou seja, que podem ser mensurados em números.

Os estudos descritivos têm por objetivo determinar a distribuição de doenças ou condições relacionadas à saúde, segundo o tempo, o lugar e/ou as características dos indivíduos (LIMA-COSTA; BARRETO, 2003).

Este estudo utilizou-se de uma série temporal de quatro anos, sendo definido como longitudinal, visto que destina a estudar um processo ao longo do tempo para investigar mudanças, ou seja, refletir uma sequência de fatos (HADDAD, 2004)

5.1 Amostra

O estudo foi realizado a partir das internações hospitalares, nos anos de 2012 a 2015, no Hospital de Base do Distrito Federal e no Hospital Regional de Ceilândia. Foram verificadas as internações por hipertensão arterial (primária) e suas complicações. Neste caso, foram estabelecidas as internações por acidente vascular cerebral isquêmico e/ou hemorrágico. Além dos custos hospitalares dessas internações e óbitos corridos no período selecionado.

5.2 Critérios de inclusão e exclusão

Os critérios de inclusão foram às internações relacionadas ao capítulo IX – Doenças do Aparelho Circulatório, da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), e da lista de morbidade CID-10: Hipertensão Essencial (primária) - CID: I10 e Acidente Vascular Cerebral Isquêmico - CID: I 64, disponibilizadas no período de 2012 a 2015, para as unidades hospitalares selecionadas contidas na base de

dados do SIH-SUS, disponibilizados na página do Datasus/MS.

Os critérios de exclusão, dados de 2011; dados incompletos com causa não identificada e complicações por gestação.

5.3 Coleta de dados

Na coleta foram utilizados dados provenientes do Sistema de Informação Hospitalar (SIH-SUS) obtidos no Datasus/MS. Na seleção dos hospitais foram consideradas algumas características, a saber: o Hospital Regional de Ceilândia (HRC) é uma unidade hospitalar de média complexidade, ou seja, serviço secundário e foi escolhido por estar situado na Região Administrativa (RA) de maior densidade populacional do Distrito Federal, e o Hospital de Base Distrito Federal (HBDF) por ser uma unidade hospitalar de referência, classificado como de alta complexidade, ou seja, atua na atenção terciária.

A RA de Ceilândia é a localidade do DF com a maior densidade urbana, criada há quarenta anos, possui atualmente quase 600 mil habitantes, segundo a Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios (PNAD) 2010 da Companhia de Planejamento do Distrito Federal (BRASIL, 2015a).

O HRC foi inaugurado em 27 de agosto de 1981, realiza atendimentos nas especialidades de clínica médica, cirurgia geral, ortopedia, pediatria, ginecologia/obstetrícia e odontologia além da assistência médica de emergência. No ambulatório, são mais de 25 especialidades, entre elas neurologia, psiquiatria, geriatria, fisioterapia e endocrinologia. São mais de 300 leitos para internação em clínica médica, pediatria, cirurgia geral, ortopedia e ginecologia e obstetrícia. Tem 10 leitos de UTI de adultos e 8 UTI neonatal (BRASIL, 2016).

Já o HBDF foi inaugurado em 12 de setembro de 1960, sendo o primeiro Hospital Distrital de Brasília-HDB. Em 1978, houve a implantação da proposta de hierarquização da atenção à saúde, em vigor até hoje. Com isso o HBDF passa a atender doenças de alta complexidade (atenção terciária); os Hospitais – agora Regionais e não mais Rurais – passam a atender doenças de média complexidade

(atenção secundária), e os Centros de Saúde – criados a partir dessa proposta – seriam responsáveis pela atenção primária.

Atualmente, o HBDF atende toda a população do DF, entorno e estados circunvizinhos para procedimentos de alta complexidade. Atualmente o HBDF é referência para o atendimento terciário principalmente nas emergências de Trauma e Neuro cardiovascular (BRASIL, 2016).

Os dados foram coletados através do Sistema de Informação Hospitalar (SIH-SUS) disponibilizados na página do Datasus /MS. No link abaixo: (<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0203.>) na seguinte ordem, na página do Datasus/MS: -> Informações de Saúde TABNET ->morbidade hospitalar -> geral por local de internação à partir 2008 -> linha-estabelecimento -> coluna - ano de atendimento -> conteúdo (AIH aprovada, valor total, valor, médio da AIH, internações, óbitos) -> período de 2012 a 2015 -> seleções disponíveis: estabelecimento: HBDF e HRC; Capítulo CID 10: cap. IX - doença aparelho circulatório; Lista morbidade do CID 10: Hipertensão essencial (primária), Acidente Vascular Cerebral não especificado hemorrágico ou isquêmico.

No período de coleta foram estabelecidos os anos de 2012 a 2015, pois até a data deste trabalho não havia sido finalizado o ano de 2016 no sistema do Datasus/MS.

Os percentuais apresentados nas discussões das tabelas foram calculados com o auxílio da ferramenta Excel a partir da ‘quantidade’ e ‘valor individual’ de HAS de cada ano no período 2012-2015 dividido pela soma das ‘quantidades’ e ‘valores totais’ de HAS do HBDF e HRC. O cálculo para complicações da HAS seguiu a mesma lógica anterior.

Quando se estabelece o termo ‘quantidade’, entende-se o número de atendimentos realizados no período selecionado e o termo ‘valor individual’ ou ‘valor total’ refere-se ao custo do atendimento selecionado naquele período, expressos em reais.

5.4 Análise dos dados

Os dados foram apresentados em formato de tabelas, frequências simples, medias e percentuais inseridos para montagem das planilhas e posterior análise, utilizando-se o programa *Microsoft Excel* 2010.

5.5 Aspectos Éticos da Pesquisa

Por tratar-se de um estudo que utiliza dados secundários, disponíveis publicamente, não houve necessidade de submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa, de acordo com a Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012, da Comissão de Nacional de Ética em Pesquisa.

6. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Segue as descrições e apontamentos referentes às tabelas apresentadas com os respectivos achados referentes aos dois hospitais públicos no Distrito Federal HBDF e HRC no período de 2012 a 2015.

A análise dos resultados foi tratada seguindo a ordem dos objetivos específicos. Nesta análise foram considerados os seguintes códigos da CID 10, Capítulo IX – Doenças do aparelho circulatório: 1) HAS - Hipertensão Arterial Essencial (Primária) – CID: I 10; 2) Complicações da HAS – Acidente Vascular Cerebral não especificado hemorrágico ou isquêmico – CID: I 64.

Tabela 1. Quantidade, Valor Total (R\$) e Valor Médio (R\$) da AIH referente as internações por HAS no HBDF e no HRC, no período de 2012 a 2015.

ANO	HBDF			HRC		
	Quant. Internação	Valor Total (R\$) Internação	Valor Médio (R\$) da AIH	Quant. Internação	Valor Total (R\$) Internação	Valor Médio (R\$) da AIH
2012	14	5.975,33	426,81	179	42.650,57	238,27
2013	14	8.474,44	605,32	433	103.513,42	239,06
2014	8	5.761,50	720,19	162	47.642,75	294,09
2015	18	7.080,25	393,35	69	17.303,68	250,78
TOTAL	54	27.291,52		843	211.110,42	

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). Ministério da Saúde. 2016.

Ao analisar os dados acima, verifica-se que no HRC o número de internações por HAS como causa básica foi de 843 a um valor de R\$211.110,42 no período de 2012 a 2015 enquanto que no HBDF, figura nesse mesmo período com 54 internações comum gasto R\$ 27.291,52 tendo HAS como causa básica. Em relação aos valores gastos no SUS, nota-se que no HBDF o valor médio da AIH é maior mesmo com um número reduzido de internações quando comparado ao HRC.

Ressalte-se que o HRC atende ao maior número de internações de HAS como causa básica, em detrimento do HBDF, muito provavelmente por tratar-se de

um hospital média complexidade, regional, que cumpre seu papel na rede de atenção como referência para casos de HAS agudizadas.

Tabela 2. Quantidade, Valor Total (R\$) e Valor Médio (R\$) da AIH referente às internações por Complicações de HAS no HBDF e no HRC, no período de 2012 a 2015.

ANO	HBDF			HRC		
	Quant. int. por Complicação da HAS	Valor Total (R\$) Complicação HAS	Valor Médio (R\$) da AIH	Quant. int. por Complicação da HAS	Valor total (R\$) Complicação HAS	Valor Médio (R\$) da AIH
2012	114	179.270,49	1.572,55	532	334.177,91	628,15
2013	163	281.876,01	1.729,30	559	172.601,50	308,77
2014	166	245.800,26	1.480,72	332	155.294,68	467,76
2015	290	363.418,70	1.253,17	185	92.898,40	502,15
TOTAL	733	1.070.365,46		1608	754.972,49	

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). Ministério da Saúde. 2016.

Na tabela acima, verifica-se que houve no período estudado um maior número de internações das complicações por HAS no HRC um total de 1608 internações em contraponto ao HBDF com 733 internações por complicações. Se considerarmos que a referência terciária estabelecida pela SES/DF é o HBDF, o HRC está atendendo mais que o dobro de internações em comparação com o serviço de referência.

O valor médio da AIH por complicações no HRC aumentam mesmo com a redução das internações, enquanto no HBDF aumenta as internações e diminui o valor médio da AIH.

Chama atenção ainda ao valor médio da AIH do HBDF no período analisado, que foi três vezes maior que no HRC no mesmo período. Pode-se inferir que o atendimento nos serviços de referência, por serem de alta complexidade, demandam maiores gastos, muito provavelmente em função de seus aparatos tecnológicos ou características dos usuários.

Houve ainda uma redução nas internações por complicações no HRC, onde a proporção caiu de 33% para 12%, já no HBDF, houve crescimento, no ano de 2012 foi de 16% e em 2015 passou para 40%.

Quando comparado o ano de 2012, o HRC responde por 532 internações e o HBDF por apenas 114 internações. Já no ano de 2015, há um acréscimo considerável, quase o dobro se comparado ao ano 2012, com 290 internações por complicações da HAS no HBDF e o HRC apresentou um decréscimo de 39%, com 185 internações por complicações no ano de 2015.

Como a RA de Ceilândia é a mais populosa e o HRC atende também algumas cidades do entorno do DF, pode ser uma explicação para o elevado número de internações, mesmo o HRC sendo uma unidade de média complexidade e apresentando uma estrutura física pouco apropriada quando do atendimento às complicações do HAS. Essa taxa elevada de internação por complicações no HRC pode estar associada a um acompanhamento inadequado da atenção primária. Outro fator que pode estar associado seria a falta de tecnologias leves, leve-duras e duras e/ou profissionais especializados como no caso do HBDF que atende alta complexidade, podendo ser esse um aspecto indutor da elevação dos gastos neste estabelecimento de saúde (BRASIL, 2013; MENDES, 2011).

Quando há agravamento do quadro do paciente há chances de remoção para o HBDF, visto esta ser a unidade de alta complexidade de referência para este tipo de atendimento, que dispõe de aportes tecnológicos e profissionais especializados.

Quando a APS não consegue cumprir seu papel, há uma reversão de valores e assim os pacientes sem acesso a promoção da saúde e a prevenção, agravam o quadro das condições crônicas levando as internações.

Segundo Santos e Vasconcelos (2013), a HAS é o principal fator de risco para Acidente Vascular Cerebral (AVC), e a previsão é que para 2015 e 2030 tenham respectivamente 18 e 23 milhões de novos casos de AVC no mundo. Mediante a problemática exposta e os dados observados, os valores da AIH no HBDF são bem mais expressivos que no HRC, mesmo que o total de internações no HRC se apresente superior ao do HBDF. Os altos custos e a elevada taxa de internações são motivos de preocupação para o SUS.

A HAS se caracteriza por uma elevada prevalência, dificuldades no controle e um grande número de complicações que acarretam um expressivo gasto para o SUS além do custo social da doença (LESSA, 1998).

O agravamento da HAS tem elevados gastos para o sistema e com a perspectiva crescente de novos casos, há de se tomar medidas efetivas no controle da HAS (BARRETO *et al.* 2005).

Esses dados apontam uma oscilação dos gastos em saúde com as complicações da HAS, sinalizando uma discrepância em relação aos dois estabelecimentos estudados, pois mesmo com uma taxa de internação de 69% do total entre os dois hospitais no HRC, é o HBDF quem tem um custo mais elevado.

Esse dado aponta a necessidade de investigação para que se possa melhor compreender estes achados, entender a relação gasto/internação, pois somente no ano de 2015 o HBDF superou o número total de internações por complicações da HAS do HRC.

Tabela 3. Média de Permanência das internações e Média de Permanência das Complicações da HAS no HBDF e HRC, no período de 2012 a 2015.

ANO	HBDF		HRC	
	HAS	Complicação da HAS	HAS	Complicação HAS
2012	7,4	10,4	4,5	17
2013	11,5	6,2	5,6	6
2014	9,1	4,2	6	6,1
2015	4,4	6,4	4,4	5,6
MÉDIA	8,1	6,8	5,13	8,68

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). Ministério da Saúde. 2016.

A Tabela 3 mostra que o tempo médio de internação para a HAS no HBDF é maior do que no HRC. Já no que se refere às complicações da HAS, o HRC apresentou média de permanência maior da que no HBDF.

O resultado desses dados mostra-se muito contraditório, pois espera-se que o serviço hospitalar de referência terciária tenha, por diversas razões, uma maior complexidade dos seus pacientes, que demandariam maior tempo de internação. Por outro lado, se considerarmos a infraestrutura e aporte tecnológico de um hospital secundário, como o HRC, que não conta com tecnologias apropriadas para

o tratamento das complicações, este ainda demanda remoções de seus casos mais graves para suas referências, no caso o HBDF, o que sugeriria um maior tempo de internação.

Cada dia que o paciente fica internado gera custos financeiros tanto para o SUS quanto para a sociedade, ele deixa de trabalhar o que gera prejuízos econômicos, pois quando um indivíduo está acamado, em idade produtiva, este deixa de produzir e gerar riquezas para o país e além gera gastos para o sistema de saúde (LESSA2006).

O Ministério da Saúde afirma que as doenças crônicas são responsáveis pelo maior custo econômico para as famílias, o sistema de saúde e a sociedade. Esses custos ocorrem de forma direta (internações, medicamentos, tratamentos ambulatoriais) ou indireta (perda de produção associada a essas doenças, aposentadoria precoce) e tendem a aumentar nas próximas décadas se não forem implementadas intervenções efetivas para a redução do crescimento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) (BRASIL, 2008).

Barreto et al. (2005) colocam que cerca de 69% dos gastos com a atenção à saúde em 2002, no Brasil, foi devido as DCNT. Estas também foram responsáveis por grande parte da parcela dos óbitos e despesas com assistência hospitalar no SUS.

Tabela 4. Quantidade Total de Óbitos e Taxa de Letalidade das internações por HAS no HBDF e no HRC, período de 2012 a 2015.

ANO	HBDF			HRC		
	Quant. Internação	Nº Óbito	Taxa de Letalidade	Quant. Internação	Nº Óbito	Taxa de Letalidade
2012	14	1	7%	179	12	7%
2013	14	1	7%	433	20	5%
2014	8	-	-	162	4	2%
2015	18	-	-	69	3	4%
TOTAL	54	2		843	39	

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). Ministério da Saúde. 2016.

Analisando os dados da tabela acima, o número de óbitos no HRC é mais elevado quando comparado ao mesmo período no HBDF. Mas ao verificarmos a

taxa de letalidade, percebe-se que, no ano de 2012, houve a mesma taxa entre os dois hospitais. No ano seguinte, o HRC apresentou taxa menor que o HBDF e nos anos de 2014 e 2015 não foi possível comparação por inexistência dos dados no HBDF. Tais achados levam a acreditar que esses dados são inconsistentes.

Segundo Laurenti (2004), em muitos casos é difícil determinar a causa básica de morte para as doenças crônicas, a seleção de uma única causa da morte leva a perda de informações úteis sobre doenças crônicas não transmissíveis.

A definição das causas básicas foi o foco do estudo de Laurenti ainda em 1974, que sinalizou a importância das regras de seleção de algumas doenças, para que essas pudessem constar como básicas, reiterando ainda que essas doenças eram descartadas a favor de outras, mesmo quando informadas corretamente.

A doença hipertensiva que frequentemente é causa básica de afecções vasculares do sistema nervoso central e afecções cardíacas, e é informada, desta maneira, nos atestados. As regras de seleção dão, entretanto, prioridade àquelas afecções que são codificadas como básicas desaparecendo a hipertensão. A codificação de causas múltiplas traria o benefício de evidenciá-la sempre que mencionada. (LAURENTI, 1974).

Esse pode ser um fator que até hoje ocorre. Existindo, portanto, uma parcela de informações perdidas quando se classifica somente causas básicas. Ainda que não sejam as causas selecionadas para as estatísticas, é importante que sejam conhecidas, pois sobre elas é que se deve fazer a prevenção primária além de se estabelecer políticas públicas para esses grupos populacionais.

Ainda segundo Laurenti (2004), as doenças hipertensivas vão aparecer muito pouco nas estatísticas oficiais de mortalidade devido a alguns aspectos, dentre eles a codificação, [...] “Presentemente, a hipertensão arterial não é codificada como causa de morte quando é complicada por doença vascular, como a doença isquêmica do coração ou doença cérebro-vascular”.

Referindo-se a mesma questão, DORN & MORIYAMA (1964) comentaram que, “entre as doenças cardiovasculares, a hipertensão tinha pequena prioridade nas regras de seleção da causa básica de morte (LAURENTI, 1974 *apud* DORN & MORIYAMA, 1964), o que evidencia a baixa taxa de letalidade já que ela não se torna representativa devido sua codificação, ficando muitas vezes subnotificadas, o que dificulta muito uma análise correta nesse aspecto.

Conforme Costa (2007), “as estatísticas de mortalidade não retratam a real contribuição da hipertensão arterial na mortalidade da população quando se considera apenas o estudo das causas básicas de morte”. Este pode ser um fator relacionado ao modo de preenchimento das causas básicas aplicadas às causas registradas nas Declarações de Óbito.

Ao considerar as complicações da hipertensão arterial, a exemplo do infarto agudo do miocárdio, doenças cerebrovasculares e cardiopatia hipertensiva, em detrimento da própria doença que iniciou a cadeia de eventos que levou à morte (LESSA, 1998), o fato de registrarem apenas as complicações e não contar como causa inicial a HAS dificulta o estudo de prevalência da doença e as correlações com suas complicações, o que pode gerar números insignificantes como os expostos na Tabela 4, que não correspondem à realidade.

Segundo estudos realizados por Cezario:

No Brasil as doenças cardiovasculares ocupava a primeira colocação como causa de óbitos (definidos), respondendo por 32,5% da mortalidade e por 1.181.612 (13,4%) das internações (exclui internações por gravidez e parto) do SUS em 2005. Nessas internações a hipertensão arterial sozinha respondeu por 10,2%. Considerando que ela é importante fator de risco para outras doenças cardiovasculares (o acidente vascular cerebral- AVC; a doença isquêmica do coração - DIC e a insuficiência cardíaca congestiva- ICC ela pode ser indiretamente responsável por mais de 52,4% dessas internações) (CEZARIO, 2008).

Cezario (2008), destaca a questão relacionada à associação da hipertensão com outras comorbidades. Tal associação sugere a criação de um campo a mais no SIH/SUS para ser colocada essas informações tanto para diagnóstico das internações quanto para óbitos. Esta informação seria uma forma de entender a verdadeira prevalência das doenças associadas à hipertensão.

Tabela 5. Quantidade Total de Óbitos e Taxa de Letalidade das internações por Complicações de HAS no HBDF e no HRC, no período de 2012 a 2015.

ANO	HBDF			HRC		
	Quant. complicação HAS	Nº Óbito	Taxa de letalidade	Quant. complicação HAS	Nº Óbito	Taxa de letalidade
2012	114	21	18%	532	26	5%
2013	163	23	14%	559	47	8%
2014	166	19	11%	332	38	11%
2015	290	21	7%	185	21	11%
TOTAL	733	84		1608	132	

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). Ministério da Saúde – 2016.

Na tabela acima, destaca-se queda na taxa de letalidade no HBDF no período estudado, sendo mais significativa no ano de 2015, em que sai de uma taxa de 18% em 2012 para 7% em 2015. Já no HRC, houve aumento progressivo dessa taxa no período, sendo de mais de 50% no decorrer dos anos.

Há a necessidade de outros estudos para verificar os motivos do aumento da taxa de letalidade no HRC, pois o dado é importante, fazendo-se necessário conhecer as causas e circunstâncias. Muitas das vezes a resolução do problema pode estar na utilização da referência ao HBDF, que conta com maior aporte para tal assistência. E como esperado, o HBDF apresentou decréscimo da sua taxa de letalidade, muito em função da sua capacidade técnica e estrutura hospitalar, que contou com grandes investimentos nos últimos anos (BRASIL, 2012).

O programa SOS emergências foi uma ação do MS, que visou a qualificação da gestão e do atendimento em grandes hospitais que atendem pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Dessa iniciativa o HBDF recebeu 27 novos leitos de unidade de terapia intensiva (UTI). Na ocasião, também foi inaugurado um centro de atendimento a pacientes com problemas neurocardiovasculares com 11 leitos e sala de videomonitoramento. O convênio firmado pelo ministério com o hospital soma R\$ 2,3 milhões, com intuito de aquisição de aparato tecnológico, visando uma melhor estrutura para o atendimento de urgência (BRASIL, 2012).

Diversos estudos destacam a manutenção de altas taxas de mortalidade no Brasil e no mundo por conta da HAS. Segundo a Associação Brasileira de AVC (ABAVC, 2010) “doenças incapacitantes têm alto custo social. Dentre as moléstias crônicas não transmissíveis as de origem cardiovascular foram responsáveis, em 2005, por 60% (30 milhões) das mortes no mundo” [...]. Dados da associação apontam que essas moléstias são a terceira causa de morte em países industrializados e a primeira causadora de incapacidade entre adultos e que 80% dessas mortes ocorreram em países em desenvolvimento ou subdesenvolvidos.

No Brasil o AVC tem sido a primeira causa de morte na população de adultos (ABAVC, 2010), sendo estimado que o custo anual para o tratamento da hipertensão arterial no sistema de saúde público brasileiro foi de US\$398,9 milhões e representou 1,43% dos gastos totais do SUS em 2005 (MELO, 2013).

Esses dados mostram que as DCNT acarretam elevados custos econômicos e sociais, em especial a hipertensão. Estudos epidemiológicos nacionais e internacionais afirmam que a hipertensão arterial está associada com a morbidade e mortalidade por doenças cardiovasculares (MELO, 2013).

Diante do quadro que se apresenta, há uma crescente necessidade de cuidados e investimentos, pois os gastos com saúde tendem a aumentar gradativamente. Em função da perspectiva de aumento das DCNT e de elevação da expectativa de vida o que vem ocasionando uma alteração significativa na estrutura da pirâmide populacional brasileira a quantidade de pessoas acima dessa faixa etária deve dobrar nos próximos 20 anos, até atingir aproximadamente 30% da população total em 2050. Segundo estimativas, em 2025, o Brasil terá mais de 30 milhões de indivíduos com 60 anos ou mais, e a maioria deles, cerca de 85%, apresentará pelo menos uma doença (IBGE, 2010).

Dados do SIH/SUS na tabela abaixo mostra a total de óbitos por faixa etária no Distrito Federal .

Tabela 6. Óbitos por HAS e complicações da HAS, por faixa etária, no Distrito Federal, período de 2012 a 2015.

Faixa Etária 2	2012	2013	2014	2015	Total
25 a 29 anos	3	2	2	1	8
30 a 34 anos	3	2	3	4	12
35 a 39 anos	5	4	4	2	15
40 a 44 anos	6	15	10	4	35
45 a 49 anos	15	5	10	9	39
50 a 54 anos	22	16	25	18	81
55 a 59 anos	16	26	15	19	76
60 a 64 anos	27	32	28	17	104
65 a 69 anos	30	36	26	23	115
70 a 74 anos	35	38	23	35	131
75 a 79 anos	40	38	31	41	150
80 anos e mais	72	70	64	66	272
Total	275	284	241	239	1039

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). Ministério da Saúde. 2016.

Não se pode esquecer que se as condições crônicas não tiverem o devido acompanhamento acarretará grande impacto econômico e social para o País. Este

impacto está principalmente relacionado não só com os gastos do SUS, mas também com as despesas geradas em função do absenteísmo, das aposentadorias e da morte da população economicamente ativa (DIAS- DA- COSTA et al.,2008).

O alto custo financeiro devido às internações hospitalares pelo SUS poderia ser diminuído com medidas de prevenção na atenção básica (BRASIL 2002). Portanto investir na prevenção é necessário para garantir qualidade de vida e evitar hospitalizações, reduzindo gastos futuros.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Sobre o grave quadro das DCNT e tendo a hipertensão como um dos principais fatores de internações e óbitos, a HAS é uma doença, que apresenta causas multifatoriais sendo descrita como elevados níveis de pressão arterial. Sendo o principal fator de risco para doenças cardiovasculares no mundo, há uma necessidade de ações rápidas para tentar reverter esse quadro.

Um dos problemas que se pode perceber para o aumento de casos das complicações por HAS é o atual enfraquecimento da Atenção Primária à Saúde (APS). Porém, a APS não é a única responsável, pois o funcionamento das redes e do processo de referência e contra referência deve estar em sintonia para a efetiva organização da rede de serviços, acarretando um melhor atendimento ao usuário.

Como sabemos, a hipertensão está associada a mudanças de estilo de vida, sendo um processo de cuidado contínuo, para que se consiga manter os valores pressóricos sob controle, evitando assim o desencadeamento do AVC e outras complicações, que provocam internações e óbitos, gerando grande impacto econômico e social. A importância da prevenção e do acompanhamento está para além dos custos, tem-se que atentar para a importância do cuidado com as condições crônicas, pois o acompanhamento inadequado na APS leva às complicações das condições crônicas e as internações poderiam ser evitadas.

Outro fator importante verificado neste estudo, são os dados contidos no SIH/SUS do Datasus/MS. Se encontrarmos dados preenchidos corretamente, existe a possibilidade de se apresentar relatórios gerenciais e epidemiológicos fidedignos, utilizando-se desses dados como subsídio para a tomada de decisão. Esse foi um fator limitante neste trabalho, pois houve dificuldade de entendimento da base de dados, não ficando clara a vertente de pesquisa quando se utilizava “ano de atendimento” e “ano de processamento”, pois os valores eram divergentes, mesmo utilizando as mesmas variáveis.

No caso das informações referentes ao número total de óbitos, os valores encontrados não foram tão relevantes quanto aponta a literatura, o que provavelmente não indicaria a necessidade de se estabelecer política de saúde para

a hipertensão. Há a necessidade de se “alimentar” melhor os bancos de dados, para consolidação das informações necessárias, não só para fins de recebimento de recursos financeiros, mas também como ferramenta importante para tomada de decisão de gestão e avaliação.

Essa inconsistência de dados que não representa a realidade da HAS no DF e no Brasil pode dificultar a programação do cuidado, relativizando a doença e suas complicações. A HAS e suas comorbidades são fatores de gastos para a sociedade e para o SUS devido hospitalizações frequentes, afastamentos precoces do trabalho e até mesmo óbitos devido ao agravamento HAS.

O presente estudo constatou o elevado gasto do desencadeamento dos agravos decorrentes da hipertensão e os custos são tanto econômicos quanto sociais, gerados pelas internações por HAS no SUS.

Quando a rede de atenção atende às necessidades do indivíduo de modo efetivo na APS, com acompanhamento adequado às necessidades de cada doença, torna-se possível a redução de suas complicações. As doenças crônicas são agravos que necessitam de um acompanhamento longitudinal e contínuo; esse atendimento contínuo possibilita uma reestruturação no quadro de saúde desse paciente levando a ter menos complicações.

O estudo apontou os elevados gastos do HBDF, mesmo considerando que o HRC apresenta taxa maior de internações, maior média no tempo de permanência e de óbitos. Tal fato chamou atenção, pois essa relação pode apontar que o HRC não está adequado ao efetivo atendimento das complicações por HAS, muitas vezes por falta de tecnologias que atendam a essas demandas.

A HAS é um importante problema de saúde pública caracterizando a necessidade da elaboração de estratégias efetivas na APS para prevenção, diagnóstico, tratamento e controle a fim de melhorar a qualidade de vida dos indivíduos, reduzir internações evitáveis e consequentes gastos.

Nesse sentido, o sanitarista tem papel fundamental, pois é capaz de compreender a importância dessa doença e suas comorbidades, entender e avaliar adequadamente os dados disponibilizados pelo sistema e assim auxiliar na

elaboração de políticas ou estratégias que atendam às necessidades de saúde desse grupo populacional.

O sanitarista deve estar presente na gestão, já que possui expertise necessária para elaborar estudos e políticas a partir dos determinantes sociais e do estilo de vida desses indivíduos. A compreensão dos fatores de risco, e estratégias de controle para as hipertensão e as doenças co- relacionadas , é um fator preponderante para diminuir esses agravos, portanto criar mecanismo de atendimento e horários oportunos para os pacientes que não conseguem fazer esse acompanhamento durante o período normal de expediente pode fazer com que haja uma maior adesão ao tratamento. O SUS deve estar adequado para proporcionar um atendimento que atenda a necessidade do indivíduo .

,

8. REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASIL AVC. <http://www.abavc.org.br/beneficios-sociais-para-pessoas-com-incapacidades-resultantes-do-avc/>[ONLINE]<<acessado em 16/11/2016>>

BARRETO, S. Maria; *et al.* **Análise da Estratégia Global para alimentação, Atividade Física e saúde, da Organização Mundial da saúde. Epidemiologia e Serviços de Saúde.** Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde, Brasília, v.14, n.1, p. 41-68, mar.2005.

BRANCO, M. A. Fernandes. Sistemas de informação em saúde no nível local. **Cad. Saúde Pública**, v. 12, n. 2, p. 267-70, 1996.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Departamento de Atenção Básica. **Área Técnica de Diabetes e Hipertensão Arterial Hipertensão arterial sistêmica (HAS) e Diabetes mellitus (DM): protocolo /** Ministério da Saúde, Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Diabetes e Hipertensão Arterial. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão Arterial Sistêmica – Caderno de Atenção Básica.** Brasília: Ministério da Saúde. 2006. 53p..

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica /** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Diretrizes e Recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não transmissíveis. Promoção da saúde, Vigilância, Prevenção e Assistência.** Brasília: Ministério da saúde 2008.72p..

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Panorâmico, v. III/** Ministério da Saúde. Painel de Indicadores do SUS, N°7. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. (7p. 84pag).

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **S. O.S EMERGÊNCIA.** Portal da Saúde. 2012. Disponível [online] <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/acoes-e-programas/s-o-s-emergencias>>> acessado em 05 de dez. 2016.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias /** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 28 p.: il.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle. **Sistemas de Informação da Atenção à**

Saúde: Contextos Históricos, Avanços e Perspectivas no SUS/Organização Pan-Americana da Saúde – Brasília, 2015.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria Estado de Saúde do Distrito Federal - CODEPLAN - **Pesquisa Distrital Por Amostra De Domicílios - Ceilândia - PDAD 2015 Brasília** (DF), dez. Disponível em: <http://www.codeplan.df.gov.br/images/CODEPLAN/PDF/pesquisa_socioeconomica/pdad/2015/PDAD_Ceilandia_2015.pdf> Acesso em 15 nov.2016. **2015 a**

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria Estada de Saúde do Distrito Federal <<http://www.saude.df.gov.br/sobre-a-secretaria/hospitais-e-regionais>> [online] Acesso em 15 nov.2016

CEZÁRIO, A. C. **Hipertensão arterial e doenças cardiovasculares como causas de concessão de aposentadoria por invalidez no Brasil.** Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal da Bahia, Salvador (BA), 2008.

COSTA, J. M. B.S.; SILVA, M. R. F.; CARVALHO, Eduardo F.. **Avaliação da implantação da atenção à hipertensão arterial pelas equipes de Saúde da Família do município do Recife, 2006.** Dissertação (PE, Brasil), 140 p. .Recife,2007 .

DALLACOSTA, Fabiana Meneghetti; Dallacosta, Hotone. Nunes; Alessandra Daros. **Perfil de Hipertensos Cadastrados no Programa Hiperdia de uma Unidade Básica de Saúde.** Unoesc & Ciência – ACBS, Joaçaba, v. 1, n. 1, p. 45-52, jan/jun. 2010.

DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (DATASUS): [online] Disponível: www.datasus.gov.br/ Site eletrônico do HIPERDIA: http://datasus.saude.gov.br/sistemas_e_aplicativos/epidemiologicos/hiperdia-junho2016.

DIAS-DA-COSTA, Juvenal Soares; et al. **Qualidade da atenção básica mediante internações evitáveis no Sul do Brasil.** *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.24, n.7, p.1699-1707,jul.2008.

DIEHL, Astor Antônio. **Pesquisa em ciências sociais aplicadas: métodos e técnicas.** São Paulo: Editora: Pearson Prentice Hall, 2004.

HADDAD N. **Metodologia de estudos em ciências da saúde.** 1st ed. Sao Paulo: Roca. 2004.

HARTMANN, Aline Fabiana. **Hospitalizações por Hipertensão Arterial na Rede Pública do Brasil, 2005-2007.** Porto Alegre: Universidade Federal do Rio grande do Sul - Departamento de Medicina Social-2010.

LAURENTI, Ruy. — **A análise da mortalidade por causa básica e por causas múltiplas.** *Rev. Saúde pública*, S. Paulo, 8: 421-35 1974.

LAURENTI, Ruy; MELLO JORGE, Maria P. de; GOTLIEB, Sabina Léa D. **A confiabilidade dos dados de mortalidade e morbidade por doenças crônica não**

transmissíveis. Cienc. Saúde coletiva, Rio de Janeiro, v.9 n.4, p.909-920, Dec.2004.

Available from <<http://www.scielo.br/scielo.php?81232004000400012&lng=en&nrm=issso>>.access on 19 Nov.2016. <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-8123200400040001229-42>.

LESSA, I. **Doenças crônicas não transmissíveis.** In: LESSA, I. O adulto brasileiro e as doenças da modernidade: epidemiologia das doenças crônicas não transmissíveis. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1998. Cap. 2, p.

LESSA, I.; **Impacto social da não-adesão ao tratamento da hipertensão arterial.** Revista Brasileira Hipertensão vol.13(1): 39-46, 2006.

LIMA-COSTA, Maria Fernanda e BARRETO, Sandhi Maria. **Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento.** Epidemiol. Serv. Saúde [online]. 2003, vol.12, n.4, pp.189-201. Disponível em: <<http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v12n4/v12n4a03.pdf>> Acesso: 28 de agosto de 2016.

LUCENA, CDRX. **Análise descritiva quanto às internações eletivas de 2012 e quanto à utilização do Cartão Nacional de Saúde (CNS) na Autorização de Internação Hospitalar (AIH) como estratégia para qualificação da informação em saúde** [Dissertação]. Brasília (DF): Universidade de Brasília; 2014.

MELO, Juliana Cristine dos Anjos. **Gastos privados com medicamentos para o tratamento do Diabetes Mellitus e da Hipertensão Arterial no Brasil: análise da Pesquisa de Orçamentos Familiares 2002/3 e 2008/9.** 125f. Dissertação. (Mestre em Saúde Coletiva). Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC. Florianópolis, 2013.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde.** Brasília: Organização Pan Americana da Saúde, 2011.

RAMOS, Paulo; RAMOS, Magda Maria; BUSNELLO, Saul José. **Manual prático de metodologia da pesquisa:** artigo, resenha, projeto, TCC, monografia, dissertação e tese. Blumenau: Acadêmica; 2003.

REMÍGIO, B.M.G. **Implementação do Cadastramento e Acompanhamento dos Hipertensos e Diabéticos pelo Sistema Hiperdia na Unidade de Saúde Boa Vista do Município de Arcoverde – PE.** Recife, 2012.

SANTOS, S. S.; VASCONCELOS, D. F. S. A.; **Hospitalizações por hipertensão arterial essencial em caráter de urgência no Brasil, 2008-2012.** Revista Cienc. Méd. Biol., Salvador, Vol. 12, Especial, p. 465-471, dez. 2013.

SANTOS, AC. **Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde: documentação do sistema para auxiliar o uso das suas informações.** [Dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 2009.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO (SBH) [ONLINE] **Revista Hipertensão Volume 17 - Número 3 – 4 Julho / Dezembro 2014** edição: 2014 - Disponível <<<http://www.sbh.org.br/medica/revistas-2014.asp>>> acessado em 15 de out.2016.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO (SBH) [ONLINE]. Disponível <http://www.sbh.org.br/menospressao/hipertensao.html>. Acessado junho2016.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA (SBC) / SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO (SBH) / SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA (SBN). **VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Arq. Bras Cardiol.** 2010; 95(1 supl.1): 1-51.

SOUZA, Clarita Silva de *et al.* **Controle da Pressão Arterial em Hipertensos do Programa Hiperdia: Estudo de Base Territorial. Arq. Bras. Cardiol.** São Paulo, v. 102, n. 6, p. 571-578, June 2014. Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2014000600007&lng=en&nrm=iso>. Acessado 23 Nov 2016. <http://dx.doi.org/10.5935/abc.20140081>.